

Empowerment – en nödvändig kraft!

**Att som sjuksköterska stärka empowerment
hos patienter med Diabetes mellitus typ 2.**

FÖRFATTARE	Charlotta Hildor Maria Johansson
PROGRAM	Sjuksköterskeprogrammet Examensarbete, grundnivå HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Sara Wallström
EXAMINATOR	Tommy Johnsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



Sahlgrenska akademin



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Vi vill ge vårt varma tack till vår handledare Sara Wallström som hjälpt oss och guidat oss genom arbetet. Tack vare Saras expertis och tålamod har vi nu kommit ytterligare en liten bit närmare vårt mål som sjuksköterskor i en framtida profession.

Titel	Empowerment - en nödvändig kraft! Att som sjuksköterska stärka Diabetes mellitus typ 2-patienter mot empowerment.
Title	Empowerment - a necessary force! The nurses' way of strengthen Diabetes mellitus type 2 patients towards empowerment.
Författare	Charlotta Hildor & Maria Johansson
Handledare	Sara Wallström
Examinator	Tommy Johnsson
Program	Sjuksköterskeprogrammet
Typ av arbete	Examensarbete, grundnivå 15 hp
Antal sidor	24

SAMMANFATTNING

Bakgrund	Diabetes mellitus typ 2 är en snabbt ökande sjukdom i hela världen. Den påverkar människors välbefinnande och skapar ofta stort lidande för de drabbade. Det är en endokrin och kronisk sjukdom med påverkan på blodsockernivån. Långvarigt förhöjda blodsockernivåer kan leda till svåra följsjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar. Sjuksköterskan har en betydande roll i att förmedla kunskap genom ett holistiskt bemötande och att stärka patienten genom ökad empowerment. Därigenom ges patienten en möjlighet till en god egenvård, vilket kan ge bättre hälsa och välbefinnande samt upplevt minskat lidande.
Syfte	Syftet med examensarbetet är att som sjuksköterskor belysa faktorer som påverkar empowerment hos patienter med diabetes mellitus typ 2.
Sökväg	Databaserna PubMed, Cinahl och Scopus.
Urvalskriterier	Sökorden som användes: diabetes mellitus type 2, nursing, nurse, self-care, education, self-esteem, patient centered care, self-management, healthcare och empowerment.
Datainsamling och analys	Datainsamlingen har gjorts enligt Fribergs bok "Dags för uppsats". Analysen genomförde vi efter mall i Olsson & Sörensens bok "Evidensbaserad omvårdnad", se bilaga I.
Resultat	Av analysen framkom fem kategorier som handlar om patientens kunskap/okunskap och inställning/delaktighet, sjuksköterskans uppgifter och bemötande, undervisningsformer samt hinder för empowerment.
Slutsats	Genom ett personcentrerat bemötande vill vi sjuksköterskor ge patienter möjlighet till ökad empowerment. Detta kan hjälpa dem att uppleva bättre hälsa och minskat lidande trots sjukdom.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
BAKGRUND.....	1
Empowerment.....	1
Välbefinnande.....	2
Lidande.....	3
Sjuksköterskans roll i hälsofrämjande arbete.....	3
Orems egenvårdsteori.....	4
Egenvård.....	4
Egenvårdbrist.....	4
Omvårdnadssystem.....	4
Diabetes Mellitus.....	5
Diabetesvården i Sverige.....	6
Diabetesvården i världen.....	7
Sjuksköterskans roll i diabetesvården.....	7
Egenvård vid diabetes.....	7
PROBLEMFORMULERING.....	8
SYFTE.....	8
METOD.....	8
RESULTAT.....	10
Patientens kunskap och okunskap.....	11
Sjuksköterskans bemötande i ett gott samarbete med patienten.....	12
Undervisningens utformning.....	13
Patientens inställning och delaktighet.....	14
Olika hinder för empowerment.....	15
DISKUSSION.....	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion.....	17
SLUTSATS.....	20
REFERENSER.....	21
Bilaga I	

INLEDNING

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) kommer antalet personer med diabetes vara fördubblad år 2030, jämfört med år 2007. Det är därför viktigt att personal inom primärvården som ansvarar för personer med diabetes mellitus typ 2 får kunskap i hur de effektivt ska kunna öka personernas empowerment i sin egenvård. Redan från diagnostiseringen behöver dessa personer förstå hur de ska överbrygga sina individuella hinder. Faktorer som kan påverka att uppmuntra eller hindra människors möjligheter att ta kontroll över sin diabetes är övertygelse att kunna påverka sin hälsa, socialt stöd samt förhållandet till vårdpersonal (Stubbs 2007).

BAKGRUND

EMPOWERMENT

Begreppet kommer från latinets posse; både power (makt) och freedom (frihet) har utvecklats från detta latinska ord. Det är närmast omöjligt att beskriva vem som introducerade begreppet först, men många menar att den brasilianska pedagogen Paulo Freire var den som utvecklade och satte det i ett sammanhang. Det finns många försök att definiera empowerment. Att hitta ett täckande bra svenskt uttryck har varit svårt. Bemyndigande, maktindelning, maktöverföring och medbestämmande är exempel på översättningar som föreslagits (Fossum, 2007). Empowerment introducerades på 1990-talet som en del av patientutbildningen. Det är definierat som en process på individnivå, där människor uppnår förmågan att styra över sitt eget liv (Thors Adolfsson, Smide, Gredenby, Fernström & Wikblad 2004).

Empowerment blir ett medel som ger patienten egen fördjupad förståelse, vilket ger möjlighet till egna ställningstaganden och därmed egna obestridliga val. Genom empowerment kan patienten därför sträva mot målet att uppnå ett bättre liv. Därför behöver patienten få egenmakt som sker genom hälsofrämjande arbete, vilket ger patienten rätt och adekvat förståelse för hur sjukdomen påverkas av olika faktorer. Till exempel påverkar patientens arbetssituation, närmiljö, personliga, socioekonomiska och miljörelaterade faktorer hur hälsan upplevs. Empowerment stärker patientens egen styrka att ta beslut, vilket inte alltid är det beslut som någon annan betraktar som korrekt (Elgán & Fridlund 2009). Patienternas empowerment stärks genom förmedling av kunskap om hur sjukdom och vård kan förbättra deras hälsa. I patientens empowermentprocess ska sjuksköterskan fungera som stöd och aktiv handledare, så att personen kan få hjälp med att sätta upp mål och ta eget ansvar. Kommunikationen ska ske med empati och genom dialoginriktade samtal. Sjuksköterskan ska motivera patienten och ge vägledning i den förändring av livsstil som behövs (Dammen Mosand & Stubberud 2011). Att möta en patient ur ett empowermentperspektiv innebär att man som vårdare ser mer till styrkor, rättigheter och förmågor än till brister och behov. Empowerment karakteriseras av att det är en stödjande process som samtidigt innebär att en ökad uppmärksamhet och kunskap om patientens behov utvecklas (Lidén, 2009). Genom att tillsammans sätta upp mål, kan sjuksköterskan ge hjälp att stärka patientens empowerment (Toshach Gustafsson 2009). Det innebär också ett samarbete där såväl patientens, närståendes samt vårdarens kompetens värdesätts och där deltagarna gemensamt fattar beslut. Empowerment bygger på att patientens resurser och möjligheter i situationen utnyttjas på bästa sätt. Patientens frihet att välja respekteras samtidigt som patienten också accepterar sitt ansvar. Förutsättningar för empowerment är att det finns en ömsesidig tillit och respekt för varandra i omvårdnadssituationen (Rodwell, 1996).

Syftet med att stärka patienten i sin empowerment är gott. Däremot upplevs det inte alltid lika positivt för patienten, då det förekommer stora individuella skillnader mellan olika patienter med samma sjukdom. Trots stark empowerment upplever inte alla patienter att den förväntade egenvården är lätt att utföra. Någon som inte kan uppnå de högt satta målen kan uppleva sig misslyckad som patient. Eftersom det är samhällsnyttigt att människor uppnår bättre hälsa kan patienten även känna sig misslyckad som samhällsindivid och som människa. Att tala om känslan av ett inre misslyckande kan vara svårt för en patient då förväntad förbättring uteblir, trots patientens förstärkta empowerment. Genom upplevda misslyckanden skapas då ett inre vårdlidande, vilket patienten kanske inte kan beröra i kontakt med vårdpersonal. Sjuksköterskan behöver därför uppmärksamma behoven av stöd och hjälp hos patienten med dåliga egenvårdsförhållanden, vilka förstärkts genom patientens misslyckade empowerment. Vårdlidandet kan lindras genom goda relationer mellan patienten och sjuksköterskan, då nya motiverande mål kan ge nya förbättrade resultat. De goda relationerna hjälper patienten att stärkas i sin positiva empowerment och att med sin inre kraft sträva mot uppsatta egenvårdsmål (Toschach Gustafsson 2009).

VÄLBEFINNANDE

WHO har formulerat en hälsodefinition som lyder:

”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och icke enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet”.

Detta betyder att hälsa inte bara handlar om frånvaro av sjukdom eller svaghet utan att man har ett fullständigt välbefinnande. Människors syn på sin egen hälsa är av stor betydelse (Härnösands folkhögskola, 2013). Hälsa är ett tillstånd där patienten känner sig i balans mellan inre och yttre faktorer genom förmåga till handling och känslan av välbefinnande. Inre faktorer är patientens förmågor och önsknningar. De yttre faktorerna utgörs av miljön. För en patient är känslan av sammanhang av stor betydelse för att uppnå olika grader av hälsa (Hedelin et al, 2009). Genom att patienten uppmuntras att hitta sina egna möjligheter, kan en svårt sjuk människa ändå uppleva hög grad av hälsa. Det salutogena perspektivet, att utgå från det friska, formulerades av Antonovsky på 1970-talet. I Pörns handlingsteori från år 2000 betonas att individen själv har ett eget ansvar för sina handlingar och sin hälsa. I Gustavssons omvårdnadsteori sätts fokus på den dagliga relationen mellan omvårdnadspersonal och patienter. Samtalet leds då i en salutogen inriktning, vilket stärker patienten att bli självständig och kompetent i sin sjukdom, såsom Elgán & Fridlund skriver (2009). De skriver även att målet är att patienten ska öka sin upplevda hälsa med hjälp av omvårdnadspersonal för att förstärka sin positiva självupplevelse. Med WHO:s synsätt kan en människa må bra och uppleva sig ha god hälsa trots att hon/han i medicinsk mening är sjuk. Upplevelsen av hälsa är personlig och kan visualiseras med hjälp av det så kallade hälsokorset. Man kan följaktligen må dåligt utan att i medicinsk mening vara sjuk (A). Å andra sidan kan man känna livslust och må bra fast man är medicinskt sjuk (D) (Härnösands folkhögskola, 2013).

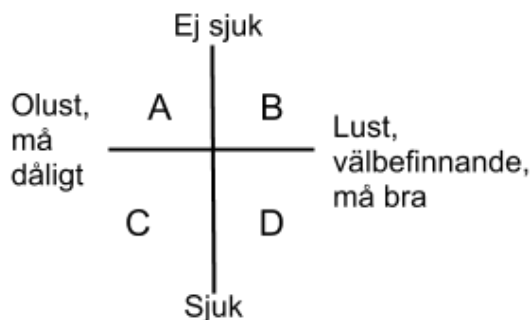


Fig. 1

LIDANDE

I vården förekommer olika typer av lidande som exempelvis livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Lidandet är inte något som bara drabbar oss utan även något som formar oss på samma gång som vi formar det. Alla människor möter lidande, ofta i samband med sjukdom, och det är sjuksköterskans ansvar att ge lindring. Lidandet avgränsas inte bara till sjukdomen utan berör även patientens liv tillsammans med andra kroppsliga, själsliga och andliga sidor. När lidande eskalerar kan det övergå till en malign fas där ilska, bitterhet och hjälplöshet råder. Om lidandet fortlöper kan patienten istället bli apatisk. För att kunna gå vidare är det viktigt att kunna se en mening med lidandet. Detta är en del av sjuksköterskans ansvar, och möjligt då vårdrelationen formas på ett sådant sätt att samspelet är ömsesidigt meningsfullt, men riktat mot patientens unika behov (Wiklund, 2011).

Livslidande är kopplat till det liv människan lever och kan, beroende på vad patienter drabbas av och var i livscykeln hon/ han befinner sig, se olika ut (Wiklund 2011). Rehnsfeldt (1999) kopplar det till livsavgörande skeenden, som till exempel, trauma, sjukdomar eller andra händelser som sätter människan i en situation där hon/han börjar fundera över sig själv, sitt liv och dess innehåll (Rehnsfeldt, 1999). Sjukdomslidande är det lidande som sjuksköterskan mer eller mindre alltid ställs inför i mötet med patienten och är en följd av sjukdom eller adekvat behandling. Lidandet är här kopplat till en diagnos och de symtom patienten lider av eller till det lidande som behandlingen kan medföra (Wiklund, 2011).

Vårdlidande är det lidande en patient drabbas av till följd av vård eller brist på vård. Detta är något som sjuksköterskan har som ansvar att förhindra och avlägsna. Det kan handla om att patienten kränks, negligeras eller på annat sätt upplever maktlöshet i relation till vårdaren. Vårdlidandet kan vara en konsekvens av sjuksköterskans välvilja lika väl som av försummelse. Om sjuksköterskan bara utgår från sitt eget perspektiv och/eller sina egna kunskaper om hur det "borde" vara och blundar för den unika människan är risken stor att ett vårdlidande skapas. Att tänka "så här skulle jag vilja bli behandlad" kan alltså innebära en etisk begränsning. Sjuksköterskan bör behålla kvar tanken att även om patienten har samma värde som vårdaren, så är hon/han också en annan människa med sina egna unika upplevelser och perspektiv (Wiklund 2011).

SJUKSKÖTERSKANS ROLL I HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE

I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) står bland annat skrivet att sjuksköterskan ska ha förmågan att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Sjuksköterskan ska ha förmågan att kunna ge stöd och vägledning till patienter för att möjliggöra delaktighet i vård och behandling. Hon/han ska informera och undervisa patienter i både grupp och individuellt med hänsyn till tid, form och innehåll. Sjuksköterskan ska säkerställa att patienten har förstått given information.

I avsnittet som handlar om främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa kan man läsa att sjuksköterskan ska ha förmågan att identifiera och aktivt förhindra risk för ohälsa, vid behov motivera till ändrad livsstil och kunna se patientens resurser och förmåga till egenvård. Hon/han ska, i grupp eller individuellt, undervisa och stödja patienter med ändamålet att främja hälsa och förhindra ohälsa (Socialstyrelsen, 2005). Enligt International Council of Nurses' etiska kod har sjuksköterskan fyra fundamentala ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa

och att lindra lidande (International Council of Nurses, 2007). Att sjuksköterskan på detta sätt arbetar för att stärka patienter är att öka deras empowerment. Det uppfyller även målet för hälso-och sjukvårdslagen, som kräver att god vård med hög kvalitet för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen ska bedrivas. Att arbeta för patientstärkt empowerment, är även helt förenligt med den fortsatta lagtexten, som säger att *"Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (Raadu, 2012).*

OREMS EGENVÅRDSTEORI

Sjuksköterskan och omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem definierar egenvård som den personliga omsorg människor kräver varje dag och som kan förändras av hälso-tillståndet, förhållanden i miljön, effekterna av medicinsk vård och andra faktorer. Egenvård är en inlärd och målorienterad aktivitet hos varje individ. Det är beteenden som förekommer i verkliga situationer i livet styrt av personer mot sig själva eller omgivningen för att reglera faktorer som påverkar deras egen utveckling och funktion i syfte att bevara liv, hälsa och välbefinnande. Enligt Orem så innefattar människans basala behov luft, vatten, näring och dessutom att kunna klara av sitt dagliga liv. Orem's omvårdnadsteori består av tre delar. Tillsammans bildar de tre delarna en generell omvårdnadsteori som hon kallar "teorin om omvårdnadsbrist". De huvudsakliga kärnbegreppen i teorin är egenvård, egenvårdskapacitet, egenvårdskrav, egenvårdsbrist, omvårdnadskapacitet och omvårdnadssystem. De fyra första är relaterade till patienten och de två sista till sjuksköterskan och hennes/hans handlingar (Orem, 1991).

Egenvård

I den dagliga miljön utför människor tillsammans med andra inlärd beteenden styrda mot sig själva och mot kända miljöer. Handlingarna utförs för att kunna kontrollera faktorer som antingen stärker dem eller negativt påverkar deras funktion och utveckling för att kunna bibehålla livet, egenomsorgen, den personliga hälsan och välbefinnandet. De utför även detta inlärd beteende mot beroende familjemedlemmar och andra med behov av stöttning. Den centrala idén med egenvården grundar sig bland annat på förutsättningen av människors potential att utveckla kloka och praktiska förmågor och bevara motivationen som är viktig för egenvården och vård av familjemedlemmar och på olika sätt att möta egenvårdskraven, vilka är kulturella och varierar mellan olika personer och grupper (Orem, 1991).

Egenvårdsbrist

Egenvårdsbristen beskrivs som ett förhållande mellan egenvårdskapaciteten och egenvårdskravet där människans kapacitet för egenvården inte räcker till på grund av befintliga begränsningar. Egenvårdsbristen kan vara antingen fullständig eller partiell; efter att det fastslagits vilka åtgärder som måste vidtas för att täcka behoven och en granskning gjorts av egenvårdskapaciteten i förhållande till egenvårdsbehovet kan sjuksköterskan besluta huruvida det förekommer någon egenvårdsbrist och om den är fullständig eller partiell. Är den fullständig innebär det att det inte finns någon förmåga att tillgodose ett egenvårdskrav. Om den är ofullständig betyder det att patienten själva kan uppfylla delar av kravet (Orem, 1991).

Omvårdnadssystem

Systemet är skapat och format för personer med vårdbehov, grupper vars medlemmar är begränsade i sin egenvård eller vården för sina familjemedlemmar. Begreppet beskrivs som all aktivitet och samspel som skapats av sjuksköterskor genom deras medvetna utövande av särskilda omvårdnadskunskaper och av patienter i verkliga

omvårdnadssituationer för att skapa en fortsatt, effektiv och fullständig vård för patienterna själva och de som är beroende av dem (Orem 1991).

Enligt Rookes vidareutveckling av Orems teori är målet för omvårdnad att egenvårdskapaciteten ska öka för en person för att hon/han därigenom så bra som möjligt ska kunna klara av sitt dagliga liv och dess aktiviteter (Rooke, 1990). Orem menar att människan har kraft att förvärva de kunskaper och förmågor som behövs för att uppnå och behålla motivationen för att på bästa sätt vårda sig själv och sina nära. Dessa förmågor utgör människans egenvårdskapacitet respektive hennes kapacitet till närståendeomsorg. Det handlar om att ha den kraft och de skickligheter som behövs för att vårda sig själv och behövande närstående. Egenvårdskapaciteten är beroende av människans grundläggande förmåga att kunna handla medvetet och målinriktat utifrån sina värderingar och de kunskaper och färdigheter som finns (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

DIABETES MELLITUS

Den kroniska sjukdomen diabetes mellitus kännetecknas av för hög plasma- och glukoskoncentration i blodet (hyperglykemi) och rubbningar i kolhydrat-, fett- och proteinomsättningen genom bristande eller nedsatt insulinproduktion, eventuellt tillsammans med nedsatt insulineffekt. Diabetes mellitus förekommer i fyra typer: Typ 1-diabetes, Typ 2-diabetes, andra specifika diabetestyper och graviditetsdiabetes. För att fastställa att en person har diabetes, behövs fasteglukosvärde från två olika dagars serumprover. Om plasmaglukosvärdet är 7 mmol/l eller mer, har personen diabetes mellitus. Om personen har blivit glukosbelastad och värdet ligger mellan 7,8 och 11,0 mmol/l visar detta att personen har nedsatt glukostolerans.

För att personens blodsockerhalt ska kunna mätas vid glukosbelastning, ska ett jämförande fasteglukosvärde i blodet först tas. Därefter får personen dricka sockervatten, det vill säga 75g glukos i 300 ml vatten. Efter 2 timmar mäts blodsockermängden på nytt för att se om personen har nedsatt glukostolerans eller ej.

Blodsockret stiger då hos en person med diabetes typ 2 och kroppens celler får otillräcklig mängd, eller ingen energi alls. Kännetecknande för diabetes typ 2 är alltså en varierande grad av insulinresistens (minskat upptag av glukos i muskler och fettväv på grund av den försämrade insulineffekten) och relativ insulinbrist. Hos en person med diabetes typ 1 saknas insulinproduktionen helt (Dammen Mosand & Stubberud 2011).

Diabetes mellitus typ 2 brukar utvecklas långsamt, ofta under flera år innan den blir diagnosticerad, oftast vid 40 års ålder eller senare. Påverkande faktorer att få sjukdomen är diabetes i den närmaste familjen. Det betyder att om någon av föräldrarna eller syskonen har sjukdomen, är det 40 procent ökad risk att utveckla sjukdomen. Andra faktorer är övervikt, högt blodtryck och ogynnsamma fördelningar av blodfetterna (dyslipidemi). Diabetes mellitus typ 2 är en livsstilssjukdom, eftersom den ökat i förekomst och påverkas av kost (för mycket fett och socker i födan) och motion (bristande fysisk aktivitet) (Dammen Mosand & Stubberud 2011).

De vanligaste symptomen på diabetes är trötthet, både psykiskt och fysiskt, stor törst samt ökat och frekvent miktionsbehov. Det är vanligt med förstoppning och diarré. Klåda i under-livet kan tyda på urinvägsinfektion eller vaginal infektion. Inkontinens är vanligt, liksom sexuella problem då män kan få impotens. Skador på små blodkärl i ögat kan ge dimsyn med skador på linsen. Blodkärlsskador kan även ge njurskada och nervskador som ger nedsatt känsel i fötter och ben, vilket kan ge svårsläkta sår. En person med diabetes är känslig för infektioner och måste vara noga med daglig tand- och munvård, eftersom en person med diabetes är extra utsatta för tandkötts-

sjukdomar. Kraftig åderförfettning i ådrorna ger sämre blodcirkulation. Detta kan resultera i stroke eller andra hjärt- och kärlsjukdomar. Blodets glukoshalt är genom centrala nervsystemets adrenalinstyrning känsligt för stress. Då personen kan minska sin vardagsstress, går det lättare att kontrollera kroppens plasmaglukosvärde, det vill säga blodsockrets värde (Västra Götalandsregionen 2013).

Då diabetes mellitus typ 2 kombineras med två eller fler av följande tillstånd, kallas det metabolt syndrom. Dessa är övervikt, högt blodtryck, dyslipidemi och mikroalbuminuri/ albuminuri. Metabolt syndrom medför ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar. Om inte förändringar i kost och motion hjälper personen med diabetes att minska blodsockervärdet, kan läkemedel för att sänka plasmaglukosvärdet eller insulin ges (Dammen Mosand & Stubberud, 2011).

Vid tidig insulinkänning med för låg glukoshalt i blodet, hypoglykemi, kan personen känna adrenerga symptom som svettningar, tremor, hunger, hjärtklappning och ångest. När hjärnan får för låg glukostillförsel, kan personer med diabetes bli trötta, få synförändringar, koncentrationssvårigheter, bli förvirrade och irriterade. Personen kan få fel behandling, då symptomen kan misstas för förvirringstillstånd eller stroke. Lätt hypoglykemi kan snabbt gå över, om personen får mat eller dryck. Om hypoglykemin istället blir allvarlig, måste personen få hjälp av andra, annars kan kramper utlösas eller personen bli medvetslös (Dammen Mosand & Stubberud 2011).

Vid dåligt reglerad diabetes, kan diabetisk ketoacidosis eller hyperglykemisk kris uppstå. Personen förbränner stora mängder av fria fettsyror och blir därmed sur i blodet, vilket ger en acetonluktande andedräkt. Medvetandegraden kan variera från vaken till förvirrad och slutligen medvetslös. Detta sjukdomstillstånd kallas diabeteskoma, vilket kräver sjukhusvård. Personen är sedan särskilt känslig eftersom allvarlig diabetisk ketoacidosis är ett livshotande tillstånd (Dammen Mosand & Stubberud 2011).

DIABETESVÅRDEN I SVERIGE

I Sverige registrerades år 2012 drygt 346 000 patienter med diabetes, varav 85-90 procent hade diabetes mellitus typ 2 (Nationella Diabetesregistret, 2012).

Diabetes mellitus typ 2 är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna som den öppna vården möter. År 2007 hade ungefär 5 procent av kvinnorna och 7 procent av männen i åldern 18-84 diabetes mellitus typ 2. Dessutom antas lika många ha sjukdomen utan att ha fått någon diagnos ännu. Diabetes mellitus typ 2 är dubbelt så vanligt bland låg- som bland högutbildade och tre gånger så vanligt bland människor födda utanför Sverige jämfört med dem som är födda i Europa (Socialstyrelsen, 2009).

Personer med diabetes mellitus typ 2 tas till största delen hand om av primärvården. Diabetesmottagningar inom specialistsjukvården erbjuder gruppbaserad utbildning i högre grad än primärvårdsenheter. Ungefär 40 procent av diabetesmottagningarna ger utbildning i grupp till personer med diabetes mellitus typ 2. Av primärvårdsenheterna är det 20 procent som erbjuder gruppbaserad utbildning till personer med diabetes mellitus typ 2. En kulturanpassad grupputbildning erbjuds av 3 procent av diabetesmottagningarna, liksom 5 procent av primärvårdsenheterna (Socialstyrelsen, 2012).

Kvaliteten i diabetesvården följs med hjälp av det Nationella Diabetesregistret. År 2009 deltog över 90 procent av Sveriges medicinkliniker och 80 procent av primärvårdsenheterna i rapporteringen. Nationella Diabetesregistret beräknade att år 2012 var 86.5 procent av alla personer med diabetes i Sverige registrerade (Nationella Diabetesregistret, 2012).

Försäljningen av diabetesläkemedel har ökat kraftigt sedan början av 1990-talet, detta gäller både tabletter och insulin. Orsaken till detta är inte bara att det har blivit fler personer med diabetes mellitus utan troligtvis även en allt intensivare behandling. Runt 75 procent av alla personer med diabetes mellitus som är över 18 år gamla fick år 2007 även blodtryckssänkande läkemedel. Av personer över 40 år behandlades cirka 54 procent med blodfettsänkande medel. Ett indirekt mått på hur väl den öppna vården lyckas ge vård av god kvalitet kan ses på frekvensen av akuta inläggningar på sjukhus som i landet som helhet minskat sen 1998 (Socialstyrelsen, 2009).

DIABETESVÅRDEN I VÄRLDEN

År 2012 uppskattades att 366 miljoner människor i världen diabetes mellitus typ 2. Detta beräknas öka till 552 miljoner år 2030. Den största ökningen sker i utvecklingsländerna, där Afrikas befolkning kommer att få den största stegringen, vilket är mer än en fördubbling. Till skillnad från Sverige drabbas även barn i övriga världen av diabetes mellitus typ 2 (Nationella Diabetesteamet & Dagens Medicin, 2012).

SJUKSKÖTERS KANS ROLL I DIABETESVÅRDEN.

Många personer med diabetes mellitus typ 2 behandlas inom primärvården i Sverige. På de större enheterna finns diabetesteam, oftast bestående av ansvarig läkare, sjuksköterskor med vidareutbildning inom diabetes och ibland även till exempel dietist och foterapeut (SFSDS, 2013). År 2009 angav drygt 80 procent av landets vårdcentraler att de arbetar i diabetesteam (Socialstyrelsen, 2009). Sjuksköterskan är vanligtvis den som samordnar de vårdbehov personen har utifrån de bedömningar som teamet gjort, tillsammans med personen. Rådgivning och stöd är två viktiga uppgifter för sjuksköterskan då personer med diabetes ofta behöver stöd för att genomföra förändringar i sina liv. En av de rådgivande uppgifterna är i behandlingsfrågor. Sjuksköterskan är med och modifierar behandlingen och anpassar den till personens livssituation. Patientutbildning, för att kunna genomföra en adekvat egenvård, har visat sig vara viktig för att kunna öka personens förståelse och kunskap om sin diabetes och därmed hindra eller senarelägga komplikationer och bevara en god livskvalitet (SFSDS, 2013). Genom sjuksköterskans hälsofrämjande arbete får personen klarhet i sin egen möjlighet att bättre ta hand om sin sjukdom (Elgán & Fridlund, 2009). Sjuksköterskan ska vara uppmärksam på att andra problem och besvär kan vara en form av sen komplikation av typ 2-diabetes. Det kan vara muskel- och ledbesvär som orsakar smärta och nedsatt rörlighet. Om dessa personer får diabeteskomplikationer, behöver sjuksköterskan stötta dem, för de är mer utsatta för psykosociala problem, svåra psykiska sjukdomar och att få lägre livskvalitet än andra. Det ställer höga krav på sjuksköterskan att ge den oroliga personen trygghet och att visa omtanke. Personen ska genom sjuksköterskans omsorg kunna uppleva egenkontroll i sin svåra situation (Dammen Mosand & Stubberud 2011).

EGENVÅRD VID DIABETES

För att förebygga sena komplikationer av diabetes mellitus typ 2 är det viktigt att personen själv kan: genomföra god daglig egenkontroll av sjukdomen, eftersträva god plasmaglukosreglering, vara fysiskt aktiv, eftersträva normalvikt, undvika rökning, genomföra god fotvård och gå på regelbundna läkarkontroller (Dammen Mosand & Stubberud 2011).

Diabetes påverkar blodådrorna, så att cirkulationen blir försämrad. Det gör att de små perifera kärlen får syrebrist, så att ögonens linser kan skadas. En person med diabetes mellitus typ 2 behöver därför få remiss till synkontroll på ögonmottagning. Att de perifera småkärlen inte fungerar påverkar att fötter och underben lätt kan få svårläkta

sår. På likande sätt kan de perifera nervbanorna förstöras, så kallad neuropati, vilket kan ge känselbortfall i fötter och fingrar. För att skydda fötterna från skador behöver de masseras samt smörjas in med mjukgörande kräm och undersökas varje dag för att tidigt upptäcka eventuella småsår. Även skoinlägg kan skydda fötterna. Vid god fotvård, minskar risken för amputation av tår eller fötter som gått i nekros till följd av dålig blodcirkulation och svåråterläkta sår. Kompressionsstrumpor ger bättre blodcirkulation i benen. Om underbenen har ödembildning, behöver de kompressionsbindas av någon som har kunskap om hur detta ska göras. Fetma eller övervikt ökar belastningen på lederna och ökar risken för högt blodtryck. Eftersom diabetes mellitus typ 2 är en kärlsjukdom, belastar det höga blodtrycket hjärtat, med förhöjd risk för hjärtsjukdomar som kärlkramp och hjärtsvikt. Det är därför viktigt att personer med diabetes mellitus typ 2 som samtidigt är feta eller överviktiga försöker gå ner i vikt. Rökning gör att blodkärlen drar ihop sig, vilket tillsammans med diabetes snabbare utvecklar åderförkalkning. Det är därför den allra viktigaste egenvården att få ett rökstopp för att inte öka risken att drabbas av hjärtinfarkt eller stroke. Ansvarig sjuksköterska kan hjälpa personen med diabetes i tekniker att själv kunna mäta sitt blodsocker och administrera läkemedel, som till exempel insulin. Sjuksköterskan kan även stötta personens genom att försöka stärka hennes/hans empowerment och ge råd vid kostomläggning, viktminskning och motion (Västra Götalandsregionen 2013).

PROBLEMFORMULERING

Antalet patienter med diabetes mellitus typ 2 kommer att öka kraftigt. Sjukdomen är progressiv med många följsjukdomar och komplikationer. Bristande egenvård leder till sämre hälsa och ökat lidande. För att öka patienternas egenvårdsförmåga är det därför viktigt att kunna stärka deras empowerment. Det är således viktigt för sjuksköterskor att ha kunskap om vilka faktorer som påverkar empowerment hos patienter med diabetes mellitus typ 2.

SYFTE

Syftet med examensarbetet är att belysa faktorer som påverkar empowerment hos patienter med diabetes mellitus typ 2.

METOD

Vårt arbete är en litteraturstudie på ämnet hur sjuksköterskan kan påverka patientens empowerment vid Diabetes Mellitus typ 2. Litteratursökningen genomfördes i de för oss mest relevanta databaserna PubMed, Cinahl och Scopus mellan 2013-09-09 och 2013-10-04. Sökorden vi använde var *diabetes mellitus typ 2*, *nursing*, *nurse*, *self-care*, *education*, *self-esteem*, *patient centered care*, *self-management*, *healthcare* och *empowerment* i olika konstellationer. Dessa ord valdes för att ge ett passande urval av artiklar, vilka skulle belysa vårt syfte. Då framkom 153 artiklar, vilket var ett alltför stort antal. Många artiklar förekom flera gånger, då sökorden stämde in och därigenom gav flera träffar. För att hitta de mest lämpliga artiklarna, läste vi igenom alla abstract. Resultatet av sökningarna redovisas i tabell 1. Från sökningarna valdes 10 artiklar ut som ligger till grund för resultatet. Begränsningar vi använde var att artiklarna skulle vara "peer-reviewed", "research article" och skrivna på engelska. Begränsningar gjordes endast i Cinahl, då alla artiklar publicerade i PubMed och Scopus är "peer-reviewed" och räknas som "research article". Vi har inte valt att ha årtalsbegränsad sökning eftersom sättet att ändra empowerment troligtvis inte har förändrats genom åren.

Fokus har varit sjuksköterskans empowermentstärkande möte med patienter med diabetes mellitus typ 2. Efter att ha läst våra utvalda artiklar, fick vi en känsla av vad som var viktigt. Då framkom de mest relevanta faktorerna som stämde överens med vårt syfte. Därefter delade vi in texterna i de olika kategorierna för att kunna hitta samstämmighet och olikheter mellan artiklarna (Friberg, 2012).

Vi genomförde artikelgranskningen enligt kvalitetskontrollen i Forskningsprocessen (Olsson & Sörensen 2012). Se bilaga I. Eftersom detta var en litteraturstudie där patientundersökningarna redan var genomförda, förelåg inga etiska problem.

Tabell 1. Databaser

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Valda
9/9-13	PubMed	Diabetes 2 AND nursing AND self-care AND empowerment	----	30	Bagnasco A. et al. (2013). Björk Brämberg E. et al. (2012). Dellasega C. et al. (2012). Sigurdadottir A.K. et al. (2009). Thors Adolfs-son E. et al. (2004).
9/9-13	PubMed	Diabetes 2 AND nursing AND educa- tion AND self- esteem AND empowerment	----	3	Thors Adolfs-son E. et al. (2004).
9/9-13	PubMed	Diabetes 2 AND patient centered care AND empow- erment	----	26	Björk Brämberg E. et al. (2012). Dellasega C. et al. (2012). Corser W. et al. (2007).
9/9-13	PubMed	Diabetes 2 AND nurse AND empow- erment AND self-esteem	----	4	Thors Adolfs-son E. et al. (2004).
10/9-13	Scopus	Diabetes 2 AND nursing AND empow- erment	-----	19	Aghili R. et al. (2013). Bagnasco A. et al. (2013). Corser W. et

					al. (2007). Sigurdardottir A.K. et al (2009). Thors Adolfs-son E. et al. (2004).
1/10-13	PubMed	Diabetes type 2 AND em- powerment AND nurse	-----	21	Björk Bräm- berg E. et al. (2012). Thors Adolfs-son E. et al. (2004).
1/10-13	PubMed	Diabetes type 2 AND em- powerment AND nursing	----	31	Björk Bräm- berg E. et al. (2012). Corser W. et al. (2007). Dellasega C. et al. (2012). Sigurdardottir A.K et al (2009). Thors Adolfs-son E. et al. (2004).
1/10-13	Cinahl	Diabetes type 2 AND em- powerment AND nurse	Peer-Reviewed research article	6	Cooper H.C. et al. (2003) Jutterström L. et al. (2012).
2/10-13	Cinahl	Diabetes type 2 AND em- powerment AND nursing	Peer-Reviewed research article	12	Jutterström L. et al. (2012).
4/10-13	Cinahl	Diabetes type 2 AND em- powerment AND self- management AND healthcare	Peer-Reviewed research article	1	Stubbs M (2007).

RESULTAT

I vårt arbete framkom ett antal faktor som påverkade patientens empowerment.

Dessa kategorier var:

- Patientens kunskap och okunskap
- Sjuksköterskans bemötande i ett gott samarbete med patienten
- Undervisningens utformning

- Patientens inställning och delaktighet
- Olika hinder för empowerment

PATIENTENS KUNSKAP OCH OKUNSKAP

Empowerment i diabetesvården är en del av en utbildningsprocess där människor får kunskap och därmed ökar sitt ansvar och sin autonomi. De får makten att fatta välgrundade beslut (Sigurdardottir, Benediktsson & Jonsdottir 2009). Denna makt har tidigare legat hos sjuksköterskan som har kunskapen. Då patienterna får mer kunskap om sjukdomen och vården runt omkring jämnas obalansen ut. Det gör att patienterna blir mer aktiva, påhittiga och förberedda att ifrågasätta medicinska bedömningar. Detta är en tydlig del i begreppet empowerment och ses som en central del i all hälso- och utbildning. Endast kunskap är dock inte tillräckligt för en bra egenvård, kunskapen behöver kombineras med motivation och ett antal färdigheter såsom praktiska, fysiska, teoretiska, känslomässiga, sociala och personliga (Cooper, Booth & Gill 2003). Empowerment hos patienter kan ses som en teoretisk modell för att styra diabetesvården och utbildningen i rätt riktning. Vårdpersonal behöver ett tillförlitligt och säkert instrument för att bedöma hur ett utbildningsprogram i egenvård vid diabetes påverkas av patienternas empowerment. Empowermentsskalan vid diabetes utvecklades år 2000 för att mäta den psykosociala självskattningen hos patienter med diabetes. Studiens forskare antog att patienter med god metabolisk kontroll och utan sena komplikationer hade mer empowerment än patienter med motsatt situation. Hur länge en patient haft sin diabetes hade inget samband med graden av empowerment. Studiens resultat visade inget samband mellan tiden någon haft sin diabetes och dennes kunskap om sjukdomen. Detta innebär att en längre sjukdomstid inte kan ge den erfarenhet som behövs för en ökad empowerment för att kunna sköta om sin diabetes, såvida inte patienten dessutom får rätt diabetesutbildning och information om olika aspekter av diabetesvården (Aghili, Khamseh, Malek, Baniakrimi, Baradaran & Valojerdi 2013). Empowermentsskalan användes även i en tidigare pilotstudie, som genomfördes av Corser, Holmes- Rovner, Lein & Gossain (2007) för att kunna mäta hur nöjda patienterna kände sig med sin diabetesvårdsgivare. Patienter och vårdpersonal skiljer sig i sina uppfattningar och attityder om diabetes-sjukdomen. De flesta vårdgivarna ser diabetes som mer allvarlig än deras patienter. Det är därför viktigt att överbrygga informationsklyftan och skapa ett gemensamt synsätt mellan patient och vårdgivare (Dellasega, Añel-Tiangco & Gabbay 2012).

I studien av Sigurdardottir et al. (2009) hade sjuksköterskan ett första möte med patienterna i början för att i fortsättningen ringa dem en gång i veckan. Detta visade sig vara ett effektivt sätt att förmedla kunskap till patienter med diabetes mellitus typ 2, vilket i sin tur kan öka deras empowerment. Egenvård och livsstils-förändringar är av grundläggande vikt för diabetiker. En framgångsrik utbildning ska inte bara förmedla kunskap utan även stärka människors empowerment och motivera dem att kunna ta hand om sin egen sjukdom. Utbildningsprogram i egenvård, som har visat sig förbättra den egna effektiviteten, kan leda till ökad empowerment för personer med diabetes. Sjuksköterskor, specialiserade inom diabetesvård, spelar också en viktig roll i patienters ökade empowerment genom att förbättra deras kunskaper och egenvårdsbeteende i ett patientcentrerat program. Aghili et al.s studie (2013) visade att personer med högre utbildningsnivå hade mer empowerment och kunde bättre handskas med personliga och sociala frågor relaterat till diabetes.

Viktiga faktorer i ett föränderligt Sverige är att kunna bemöta ett allt större antal invandrare som ofta saknar kunskap om sin diabetessjukdom. Detta problem har Björk Brämberg et al. (2012) tagit upp. De menar att genom att skifta från ett medicinskt

perspektiv till en öppenhet mot patientens livsvärld, så ges en möjlighet för vårdgivare att stärka patienter som lider av diabetes mellitus typ 2.

SJUKSKÖTERSKANS BEMÖTANDE I ETT GOTT SAMARBETE MED PATIENTEN

Björk Brämberg et al. (2012) har uppmärksammat att många invandrades empowerment påverkas av obalans i bemötande från sjuksköterskor. Det beror enligt Björk Brämberg et al. (2012) på sjuksköterskornas brist på individuellt perspektiv då de möter patienter med en annan etnisk bakgrund. Denna brist beror på svårigheter att förstå varandra, både språkligt och kulturellt. Tyvärr kan obalans i vårdmötet uppstå när sjuksköterskan agerar som specialist och leder samtalet. Då upplever patienter med invandrarbakgrund sig vara i underläge gentemot den teknikcentrerade kurativa vården i vilken patientens inneboende styrka inte kan tas tillvara. Enligt Björk Brämberg et al. (2012) måste den nuvarande teknikcentrerade vården utvecklas, för att kunna uppnå en god individuell vård där det finns möjlighet för patienter att, oavsett etnisk bakgrund, berätta om sin livsvärld, öka sin empowerment och lära sig själva ta hand om sin diabetes.

Sjuksköterskorna ska förespråka att inkludera kulturella uppfattningar och sedvänjor i alla dimensioner av patientvården genom att uppmärksamma effekten av hälsovårdens riktlinjer och resurser för sina patientgrupper. I diabetesvården spelar sjuksköterskorna en grundläggande roll i att stärka patienternas empowerment genom att öka deras kunskap i egenvårdsförmåga genom ett patientcentrerat program (Aghili et al. 2013). När patienterna med diabetes mellitus typ 2 blir bemötta utifrån sin livsvärld, kan sjuksköterskan instruera dem hur de bättre ska klara sin egenvård.

Genom individanpassad vård förbättras patienternas empowerment utifrån sina egna förutsättningar (Björk Brämberg et al. 2012). Livskvaliteten upplevs som bästa möjliga, då de genom empowerment själva kan vara aktiva och kontrollera sitt blodsockervärde och livsstil. Med god egenvård kan de undvika framtida komplikationer som är relaterade till diabetes (Bagnasco, Di Giacomo, Da Rin Della Mora, Catania, Turci, Rocco & Sasso 2013).

Sjuksköterskans roll kräver en stor förståelse för de underliggande teorierna bakom patientundervisning och skicklighet i kommunikation, vilka uppmuntrar patientens autonomi (Cooper, Booth & Gill 2003). Enligt författarens erfarenhet gör ett etablerat gott arbetsförhållande mellan personal och patienter med diabetes det möjligt, att patienter kan känna sig stärkta (empowered) i sin egenvård. Det goda förhållandet verkar betyda att människor är villiga att följa de givna råden eftersom de förstår hur detta skulle kunna förbättra deras hälsa. Om de behandlas mer som individer och inte blir forcerade genom sitt besök hos sjuksköterskan så känner de sig mer villiga att lyssna till och följa givna råd (Stubbs 2007). Vårdgivarnas uppgifter är att möjliggöra för patienterna att uttrycka sina känslor, utforska och att utveckla lösningar på sina problem. De gör det möjligt för patienterna att göra välgrundade val och att upptäcka egen kapacitet för att kunna ta kontroll och ansvar för sin diabetes och dess skötsel (Thors Adolfsson et al. 2004).

Om sjuksköterskor kan få reda på hur patienter upplever sin sjukdom, förbättras enligt Dellasega et al. (2010) sjuksköterskornas bemötande och ger därför patienter bättre sjukdomsbehandling. Genom motiverande samtal kan man förstärka patienters empowerment och därmed förändra deras vanor. Till skillnad från traditionell standardvård, som många patienter upplever som paternalistisk och bestämmande, upplevs motiverande samtal istället som patientcentrerad och stärkande. I artikeln fram-

kom fem teman som viktiga i bemötandet från sjuksköterskor; icke skuldbeläggande, att bli lyssnad på och tilltalad som en person, få uppmuntran och att bli stärkt i sin empowerment genom empatiskt bemötande. Dellasega et al. (2012) visar att sjuksköterskors bemötande och möjlighet att ge patienter tillräckligt med tid, hjälper vissa av patienterna med diabetes mellitus typ 2 i deras framgång i att förbättras i egenvården av sin kroniska sjukdom genom att bli stärkta i sin empowerment. Detta sker genom gemensam åtgärdsplanering och målsättning. Då sjuksköterskorna lägger fram flera olika möjligheter i målsättningen, kan patienterna själva prioritera vilket eller vilka mål som är viktigast att uppnå. Patienternas empowerment stärks även av att sjuksköterskorna, i stället för att ge patienterna kritik, möter dem med respekt och uppmuntran genom engagerad och stödjande handledning.

UNDERVISNINGENS UTFORMNING

I artikeln av Bagnasco et al. (2013) ställs frågan om personliga egenskaper påverkar effekten av undervisning i egenvård. Svaret är att patienten bättre kan påverka sin kroniska sjukdom, beroende på hur sjuksköterskan kan ta tillvara på de enskilda personernas möjlighet till stärkt empowerment genom att använda personcentrerad undervisning. Personliga egenskaper som etnicitet, kunskap om hälsa samt olika känslolägen inverkar på förståelsen och effekten av undervisningen.

Sjuksköterskan kan använda granskningsfrågor i första början av undervisningstillfället för att bedöma hur personliga egenskaper påverkar patienten med diabetes mellitus typ 2. Genom bedömningen kan sjuksköterskan få en bättre förståelse för patienten och lättare identifiera och utvärdera påverkande faktorer som möjliggör att den enskilde patienten känner sig motiverad att klara sin egenvård. Patienten kan därför med hjälp av sjuksköterskans personcentrerade undervisning lättare lyckas med att själv sköta sin sjukdom. Genom stärkt empowerment står inte patienten vid sidan om sin kroniska sjukdom, utan kan hålla glukosnivån och långtidskomplikationer under kontroll. Undervisningen om egenvård blir då sammanhängande med god kontroll över patientens livsstil. På detta sätt blir patienten engagerad och aktiv i sin egenvård utifrån sina egna möjligheter och personliga egenskaper. Detta ger därför personen bästa möjliga livskvalitet framöver (Bagnasco, Di Giacomo, Da Rin Della Mora, Catania, Turci, Rocco & Sasso, 2013).

Då sjuksköterskor möter patienter med annan etnisk bakgrund, kan en maktobalans lätt uppstå genom kultur- och språkbarriärer. För att överbrygga detta, är extra språk-anpassade hjälpmedel nödvändiga för att patienterna ska kunna förstå informationen och ge medicinskt stöd. Denna kunskap och en individanpassad pedagogik från sjuksköterskan, stärker patienternas empowerment och påverkar deras liv och möjligheter att bättre klara egenvården av sin diabetessjukdom (Björk Brämberg et al. 2012).

Som ett försök att låta tämligen lågutbildade patienter få inflytande i sin diabetesvård, genomfördes en pilotstudie inom en amerikansk primärvård. För att förbereda vårdgivarna inför studien, fick de två undervisningstillfällen à 2 timmar för att repetera sin kunskap om diabetes mellitus typ 2. Under 15 månader deltog 28 patienter med diabetes mellitus typ 2 i studien, där de fick mer kunskap om sin sjukdom och om hur patienter själva kan medverka i att sköta den.

Varje patient fick själv bestämma ett realistiskt mål för sin kommande egenvård. Det kunde vara att uppnå normalt plasmaglukosvärde, minska i vikt eller att få lägre blodtryck. Dessa värden mättes av sjuksköterskorna, men även andra mätbara variabler inkluderades i pilotstudien. Det var patientens motivation till förändring, samsjuklighet, svårighetsgrad i sin diabetessjukdom, attityden till diabetes och patientens empowerment. För att mäta dessa användes olika typer av validerade värderingsskalor.

Den åttagradiga skalan som mätte empowerment vid diabetes hette ” Diabetes Empowerment Scale” och var utformad för att kunna mäta hur nöjda patienterna kände sig vid diskussioner om sin vård med sin diabetesvårdgivare. Som hjälpmedel gavs kassetband med undervisning, en övningsbok med stöd i diabetesvård och tillfällen för stödjande samtal med sin ledare. Sjuksköterskan som ledde samtalet var noga med att betona att vårdgivarna medverkar tillsammans med patienterna då de kommer till diabetesmottagningen. Resultatet av pilotstudien var positivt, då patienterna hade blivit stärkta i sin roll att kunna ta hand om sin egenvård och därmed i hög grad kunna uppnå realistiska mål i sin kroniska diabetessjukdom (Corser et al. 2007). I artikeln av Thors Adolfsson et al. (2004) beskrevs läkarens och sjuksköterskans roll i gruppundervisning i empowerment för patienter med diabetes mellitus typ 2. De skulle ge patienterna stöd och uppmuntran att lösa problem, göra upp planer och att sätta upp mål. Ännu en uppgift för vårdgivarna var att låta patienterna tillsammans diskutera styrkor och svagheter, för att kunna hjälpa patienterna att göra beteendeförändringar. En viktig del i denna undervisning var att låta patienterna känna sig fria att ställa frågor och kunna tala om sina egna erfarenheter. Genom denna gruppundervisning var målet att patienterna skulle stärkas i sin empowerment och därigenom ha möjlighet att införa kunskapen om diabetesvård i sina liv.

PATIENTENS INSTÄLLNING OCH DELAKTIGHET

Syftet med studien av Aghili et al. var att utveckla ett giltigt och pålitligt frågeformulär för att mäta empowerment hos iranska personer med diabetes mellitus typ 2. Viktiga kategorier av empowerment som identifierades var: aktiv egenvård, hantera personliga och sociala frågor, basal kunskap angående diabetesvård och kommunikationen mellan patient och läkare. I studien sägs att upplevd självförtroende är en viktig och användbar möjlighet i psykologin som är förenad med viljan och förmågan hos människor att engagera sig i olika beteendemässiga utmaningar som innefattar bland annat förebyggande åtgärder och att kunna handskas med sin sjukdom (Aghili et al. 2013).

I sitt arbete med människor som fått diabetes mellitus typ 2 har Stubbs (2007), författare till artikeln, träffat på två typer av respons på diagnosen; de som antingen inte förstår, eller inte vill förstå vad diabetes är och som känner sig ovilliga att göra något positivt för sig själva. Sedan är det de som verkar förstå vad diabetes handlar om och vilka följderna är och bestämmer sig för att ta kontroll över sitt tillstånd. Efter intervjuerna för studien genomförts framkom ett antal nyckelteman där ett av dem handlade om att ett bra förhållande med vårdpersonalen verkade betyda att patienterna med diabetes var villiga att följa råden de fick då de förstod att detta skulle förbättra deras hälsotillstånd. Dessa människor kände att de hade bättre empowerment att ta hand om sig själva. De patienter som inte hade utvecklat ett bra arbetsförhållande med vårdpersonalen upplevde ofta att personalen hade för bråttom och var mer benägna att "bocka av en lista" än att intressera sig för patienterna som individer. Resultatet blev att patienten med diabetes var mindre motiverad att förändra sitt liv

Även i artikeln av Cooper et al.(2003) påpekas att människor går med på att göra vissa beteendeförändringar om de tror på att förändringarna kommer vara framgångsrika och om de är viktiga i hälsoarbetet. Patientens aktiva egenvård är hörnstenen i lämplig vård av kroniska sjukdomar och huvudelementet är patientens egen empowerment. Patienter med diabetes behöver ökad empowerment för att kunna förbättra sina möjligheter att aktivt kunna påverka sin hälsostatus. Om patienter med diabetes mellitus typ 2 har bra empowerment och agerar efter sina kunskaper om skötseln av diabetes kan de ta bättre beslut vilket, i sin tur leder till vård som är mycket fördel-

aktiv och kostnadseffektiv (Aghili et al. 2013). Patienter som mött sjuksköterskor i motiverande samtal, upplever att förhållandet mellan dem mer varit ett partnerskap, snarare än ett traditionellt förhållande där patienter inte blivit tillfrågade om sina behov och sjukdomserfarenheter. Det är viktigt att patienterna upplever att deras egen motivation, energi och engagemang behövs, för att uppnå en beteendeförändring. Då sjuksköterskor får tillräckligt med tid för motiverande samtal, känner sig patienterna delaktiga i beslut och mer kunniga i sin egenvård. Ett alternativ till att enbart följa råden från sjukvården är att patienter genom en bättre förståelse för sina egenskaper kan stärkas i sin empowerment. Genom den egenvård som empowerment innebär, kan patienten tro på sig själv och ta ansvar för sina val och dess konsekvenser. Egenvård har definierats som personens möjlighet att klara av att hantera symptom, behandling, fysiska och psykiska konsekvenser och de förändringar som krävs i livsstilen, allt på grund av den kroniska diabetessjukdomens inverkan. Ett alternativ till att enbart följa råden från sjukvården är, att patienten genom en bättre förståelse för sina egenskaper, kan stärkas i sin empowerment. Genom den egenvård som empowerment innebär, kan patienten tro på sig själv och ta ansvar för sina val och dess konsekvenser (Bagnasco et al. 2013). Enligt Dellasega et al (2012) har ett flertal studier visat att förstärkt empowerment genom motiverande samtal förbättrar den glykemiska kontrollen, viktnedskningen, välbefinnandet, livskvalitet och ökar den fysiska aktiviteten. De uppger även att minskat bukomfång och fettintag är ett gott resultat av patientens förstärkta empowerment genom motiverande samtal.

OLIKA HINDER FÖR EMPOWERMENT

Studier i strategier för beteendeförändringar, empowerment och patientcentrerat bemötande har visat på hinder hos vårdgivarnas möjligheter att ändra sitt beteende och att tillämpa ett nytt tillvägagångssätt. Hindren innefattade vårdgivarnas möjligheter att bemöta patienternas känslomässiga frågor och att låta patienterna lösa sina egna problem. Hindren inbegrep även vårdgivarnas brist på kompetens i metoden, samt val att inte använda sig av ett bemötande inriktat på empowerment eller delar av den. Andra hinder var tidsbrist på grund av att andra kliniska frågor tog överhanden (Thors Adolfsson et al. 2004). En del studier belyser att ett empowermentinriktat patientarbete inte vanligtvis tillämpas och inte har blivit godkänt som arbetsmetod av vårdpersonal. Dessutom behöver vårdpersonal växa in i att använda empowerment hos patienter vid rådgivning (Jutterström et al. 2012).

Cooper et al. (2003) fann i sin studie att även om patienter kan utbildas mot bättre autonomi är inte all vårdpersonal beredda att arbeta i partnerskap med patienterna. Detta belyste vikten av att vårdpersonal inte bara får bättre kunskap i att förstå diabetesbehandling utan även de teoretiska principerna som ligger bakom patientens empowerment. I denna studie gjordes en jämförelse mellan teorierna som hörde ihop med erfarenhetsbaserat lärande och hälsoskyddande beteende. Detta skapade ett ramverk av variabler som kunde användas för att styra yrkesutövningen (hur något ska göras), mål (vad som ska uppnås) och förklaring till varför målet blev som det.

I en pilotstudie angående att involvera patienter i beslutsfattande i sin vård av diabetes mellitus typ 2 framkom att många patienter tidigare upplevt svårigheter att kunna samtala med sina vårdgivare. Vårdgivarnas fokus hade då varit kliniska resultat och rekommendationer till patienterna. Endast vid något enstaka tillfälle hade samverkande vård berörts vid besöken inom primärvården, vilket av patienterna upplevdes som ett hinder för empowerment (Corser et al. 2007). En annan etnisk bakgrund hos patienter kan utgöra hinder i förståelsen, både språkligt och kulturellt, mellan patienter och sjuksköterskor. Ofta uppstår en maktobalans där patienterna inte har möjlig-

het att uttrycka sig. Då saknas ett individuellt perspektiv där sjuksköterskorna inte frågar efter patienternas upplevda hälsa, vilket gör att patienternas empowerment blir förminskad. Olika möjligheter till hjälp vid diabetes kan inte användas, då det föreligger språkliga barriärer. För personer med annan etnisk bakgrund som har diabetes mellitus typ 2 med finns därför en risk att de får färre diabeteskontroller. Enligt Björk Brämberg et al. (2012) måste den nuvarande teknikcentrerade vården utvecklas, för att kunna uppnå en god individuell vård där det finns möjlighet för patienter att, oavsett etnisk bakgrund, berätta om sin livsvärld, öka sin empowerment och lära sig ta hand om sin diabetes. Då patienters förväntningar på sjukvården kompliceras av olika kulturella bakgrunder med unika förväntningar, uppstår hinder för empowerment. I artikeln av Dellasega et al. (2012), vill patienter bli lyssnade på och kunna berätta om sin upplevda hälsa i samråd med sjuksköterskor. Men då personcentrerad vård inte bedrivs, påverkas vårdmötet negativt. För att patienter ska kunna bli delaktiga och kunna ta egna beslut, behöver mer tid avsättas för att sjuksköterskor ska kunna förstå patienternas behov. Då kan patienter involveras i sin egenvård och därmed bli stärkta i sin empowerment.

DISKUSSION

Vår diskussion har vi genomfört utifrån Fribergs vägledning i kapitel 6 (Friberg 2006).

METODDISKUSSION

Vi valde ämnet för vårt examensarbete då diabetes mellitus typ 2 är en starkt ökande folksjukdom som påverkar människor över hela världen. Eftersom empowerment är ett begrepp som ligger i tiden och det finns många bra artiklar i ämnet har det varit intressant att göra en litteraturstudie som examensarbete. Vår sökning genomfördes enligt en modell av Friberg (2009). Först identifierades och avgränsades det område vi ville studera, nämligen diabetes mellitus typ 2. Därefter började sökningen av artiklar. För att börja hitta artiklar har vi varit noga med vårt syfte. Inklusionskriterierna var framför allt diabetes 2 och empowerment. Exklusionskriterierna var diabetes mellitus typ 1 och biomedicinskt perspektiv. Artiklarna är peer-reviewed, har genomgått etisk granskning och uppges vara genomförda utan ekonomiskt intresse. Inledningsvis använde vi även andra sökord, till exempel Sweden, men det visade sig inte stämma överens med vårt syfte. De flesta artiklarna kommer dock från Sverige, men även länder från andra världsdelar finns representerade, såsom USA, Italien, Island och Iran. Artiklarna speglar länder som i huvudsak lever enligt västerländska modeller. Det gör att resultaten går att överföra till vår egen svenska sjukvård. Genom att kategorisera artiklarna har vi lärt oss att selektera det viktiga i en artikel. Därigenom kan vi överföra detta till ett patientmöte och lättare hitta essensen i ett samtal.

Antalet artiklar blev till slut tio stycken; nio kvalitativa och en kvantitativ. Fördelen med att ha med både kvalitativa och kvantitativa artiklar är att vi får med både statistiskt data och insikt om empowerment genom öppna frågor. Nackdelen med att bara ha en kvantitativ artikel och nio kvalitativa artiklar är att det inte ger en rättvis fördelning mellan statistik och öppna frågor. För att hitta de valda artiklarna, behövde vi ett stort underlag att välja bland. Under urvalsdelen stötte vi på flera intressanta artiklar som är väl värda att uppmärksammas, men som inte passade vårt syfte. De tio valda artiklarna är vi nöjda med. Alla artiklarna har genomgått etisk granskning. Då metoder som påverkar patienter i sin empowerment inte har förändrats nämnvärt genom åren, har vi inte tidsbegränsat vår artikelsökning.

Analysen genomfördes efter en mall enligt *Forsknings-processen*, som vi tyckte beskrev artiklarna på ett översiktligt sätt (Olsson & Sörensen 2012). Denna återfinns som bilaga I.

Fördelen med att vara två i ett examensarbete har varit att vi har kompletterat varandra och kunnat se arbetets framväxt och innehåll från olika synvinklar. En annan fördel har varit att kompromissa i ett arbete, vilket gett oss mer erfarenhet inför kommande teamarbete som sjuksköterskor. Erfarenheten av examensarbetet är att vi ska strukturera upp ett arbete från början för att bli mer effektiva.

RESULTATDISKUSSION

Vårt resultat visar på nödvändigheten att sjuksköterskor är uppdaterade och kunniga inom sjukdomen diabetes mellitus typ 2 för att på bästa sätt vägleda och stärka patienter i sin empowerment gällande egenvård. Detta leder till att patienternas kunskap om sin sjukdom förbättras och hur sjukdomen genom egenvård ska behandlas. För patienterna innebär förstärkt empowerment minskat lidande och därigenom bättre upplevd hälsa. Redan nu ökar denna patientgrupp genom invandring, att sjukdomen debuterar i lägre åldrar och genom att fler människor förväntas leva längre tid med sin sjukdom. Med ett förbättrat empowerment kan denna patientgrupp få en förväntat längre livstid med ökat välbefinnande. Detta påverkar även sjuksköterskans upplevelse av att ha gjort ett gott arbete och därmed känna tillfredsställelse med resultatet av sitt arbete. Om patienterna ska kunna få kunskap genom undervisning, är det viktigt att vården kan avsätta tillräckliga resurser för patientundervisning med uppföljande kontakt inför framtiden. För att kunna uppnå detta, är tillräckligt med tid en återkommande faktor för att sjuksköterskor ska kunna arbeta på ett personcentrerat sätt. Den enskilda individen måste bemötas utifrån sin livsvärld. Detta ställer etiska krav på dagens sjukvård att inte behandla alla patienter lika, men utifrån den lagstadgade grunden om alla patienters lika värde. Det innebär att vården behöver ha mer möjligheter att kunna möta gruppen av patienter med diabetes mellitus typ 2 med inbördes skiftande behov. I den svenska vården ökar antalet patienter som inte har svenska som modersmål. För att hjälpa denna allt större patientgrupp, behövs hjälpmedel som överbryggar språkbarriärer, som till exempel användande av tolkhjälp, tekniska hjälpmedel (undervisande datorprogram, förinspelade egenvårdsprogram) och informationsmateriel om egenvård och läkemedelshantering översatta till andra språk. Kunskapen om denna kroniska sjukdom är mycket varierad bland patienterna. Patientgruppen är med andra ord en mycket skiftande grupp, beroende på de stora skillnaderna. Det ställer stora krav på vården, som måste ha en större beredskap för att bemöta olika personers behov. Genom vårt arbete har vi hittat mycket validerad dokumentation där det framkommer att varje patient behöver fortsatt enskild vägledning för att kunna uppnå så god hälsa som möjligt. Vården behöver därför anpassas till att vara förberedd och att ha tillräckligt med tid för varje enskild människa som söker vård och hjälp.

Patientens kunskap och okunskap

Den centrala idén i Orems egenvårdsteori är människors möjligheter att förbättra sitt kunnande, därmed kunna behålla sin motivation och på så sätt bättre klara av sin egenvård (Orem, 1991). Empowerment är inte något sjuksköterskor kan ge till eller lära patienter att få. Dock kan bättre kunskap leda till ett ökat empowerment då patienter får bättre förståelse för sin sjukdom och känner att de kan ifrågasätta sjuksköterskornas omvårdnadsplan. En ökad kunskap, och ett ökat empowerment, kan därmed leda till bättre egenvård och i med det ett minskat lidande.

I dagens samhälle kan människor själva ta reda på mycket om sin sjukdom, bland annat genom internet. Som sjuksköterska måste vi vara inställda på att vi kan möta

en patient som redan är insatt i sin situation och vet hur hon/han vill ha det. En stor grupp människor vi kommer att möta är de med en annan etisk bakgrund. Vi måste lära oss att kunna förmedla kunskap och öka deras empowerment utifrån deras livsvärld och deras kultur. Då kulturanpassad utbildningen inte finns på mer än tre till fem procent av landets diabetesmottagningar och primärvårdsenheter och då antalet människor med annan kultur ökar är det något som bör satsas på betydligt mer i framtiden.

Sjuksköterskans bemötande i ett gott samarbete med patienten

Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är enligt International Council of Nurses (2007) att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande. Genom att ta hänsyn till patientens människovärde med sedvänjor och kulturella vanor skapas ett bra patientmöte där patientens empowerment tas tillvara.

Som sjuksköterska behövs en stor kunskap i kommunikation och patientundervisning för att kunna uppmuntra patientens autonomi. Ett bra förhållande mellan patient och personal gör att patienterna förstår råden de får och har därför lättare att kunna följa dem. Resultatet blir att patienten känner att de har större möjlighet att klara av sin egenvård. Ett sätt att stärka patienters empowerment och därmed ändra deras vanor är genom motiverande samtal. Dock är det viktigt att sjuksköterskan ger patienten tillräckligt med tid, dessutom kan sjuksköterskan lägga fram olika möjligheter så kan patienten själv välja vilka eller vilket mål som hon/han vill satsa på att uppnå. Om sjuksköterskan uppmärksammar patientens sjukdom allt för mycket eller försummar patienten, kan resultatet bli ett vårdlidande. Sjuksköterskan måste istället bemöta patienten ur dennes livsvärld genom ett holistiskt synsätt (Wiklund 2011).

Den "röda tråden" genom hela mötet mellan patient och vårdpersonal handlar om att låta patienten själv komma fram till vad som är bäst för henne/honom. Vad som gör att de känner sig starka nog (empowered) att kunna ta hand om sin egenvård.

Orem förklarar det här i sin teori om omvårdnadssystem att en effektiv och fullständig vård för patienterna skapas av sjuksköterskans omvårdnadskunskaper och patientens faktiska situation (Orem, 1991).

Undervisningens utformning

Sjuksköterskan ska enligt Socialstyrelsen (2005) undervisa och stödja patienter med ändamålet att främja hälsa och förhindra ohälsa. Genom patientundervisning kan sjuksköterskan stärka patientens empowerment och därigenom minska patientens sjukdomslidande. För att patienter ska kunna påverka och ta hand om sin sjukdom krävs att sjuksköterskan kan genomföra en personcentrerad undervisning. Detta innebär att ta tillvara på patientens egna möjligheter och egenskaper. Personliga egenskaper kan vara, till exempel, etnicitet och/eller kunskap om hälsa. Vad som även är viktigt, och som påverkar förståelsen och effekten av undervisningen, är vilket känsloläge patienten befinner sig i. Undervisning kan ske antingen genom gruppundervisning eller enskilt. En fördel med gruppundervisning är att deltagarna kan delge varandra sina egna erfarenheter (Thors Adolfsson et al. 2004). Fördelen med enskild undervisning är att omvårdnaden skapas efter patientens brister och behov (Bagnasco et al. 2013). När sjuksköterskan möter patienter med utländsk bakgrund och då språk och kultur kan vara ett hinder är det viktigt att sjuksköterskan tar till de hjälpmedel som finns för att patienten ska få och förstå informationen och få det medicinska stöd som de behöver. För att patienter ska kunna sköta sin egenvård är det viktigt att de får sätta mål som de själva känner är realistiska. De måste även känna att de har möjlighet att kunna ställa frågor och fritt kunna tala om sina egna erfarenheter (Thors

Adolfsson et al. 2004). Både undervisningsformer för enskilda och i grupp är nödvändiga inom diabetesvården. En del människor känner att de varken kan eller vill prata om sina problem inför andra. Till motsats finns en stor grupp människor som upplever att de behöver stödet från andra som har likande erfarenheter att gå igenom som de själva.

Patientens inställning och delaktighet

För att patienter ska känna sig villiga och motiverade att följa råd de får av vårdpersonalen krävs ett inbördes gott förhållande där patienten förstår vad som är bra för dem. Utan ett fungerande samarbete finns stor risk att mötet hamnar i en traditionell obalans där sjuksköterskan styr och patienten följer. Detta gör att patienterna känner att de inte kan tala om sina bekymmer och hur hon/han vill ha sin egenvård. För att kunna uppnå en beteendeförändring är det viktigt att patienterna känner att deras egen motivation, energi och engagemang är viktiga i sammanhanget. Då patienter upplever att de bemöts med respekt, kan sjuksköterskans empati och förståelse hjälpa patienterna att ta tillvara på de möjligheter de har att använda sin egen empowerment. Detta gör att patienterna kan tro på sig själva och ta ansvar för sina val och följderna av dem.

Lidande återfinns i patientens hela livssituation, med både andliga, kroppsliga och själsliga svårigheter. Enligt Rehnsfeldt (1999) försätts patienter genom sitt sjukdomslidande in i djupa livsavgörande skeden, då hon/han börjar fundera över meningen med sitt liv. Ibland kan patienter därigenom få möjlighet att förstå meningen med lidandet. Samarbetet mellan sjuksköterskan och patienten är vad Orem i sin egenvårdsteori kallar för omvårdnadssystem och är skapat för en effektiv och fullständig vård av patienterna (Orem, 1991).

Olika hinder för empowerment

Det största hindret för ett ökat empowerment hos patienter ligger hos vårdpersonalen, framför allt personalens känsla av tidsbrist då andra kliniska frågor kommer före, samt deras brist på kunskap om diabetes mellitus typ 2 och om empowerment. Vårdgivarna tycker dessutom inte de har möjlighet att svara på patienternas känslomässiga frågor. Därigenom blir patienterna övergivna att själva lösa sina egna problem. Hindren inbegriper även personalens val att inte använda sig av ett bemötande inriktat på empowerment eller delar av den. All vårdpersonal är inte heller beredd på att samarbeta med patienterna i ett partnerskap istället för att genomföra ett traditionellt styrande möte. För att patienter ska kunna bli delaktiga och kunna ta egna beslut, behöver mer tid avsättas för att sjuksköterskor ska kunna lära sig förstå patienternas behov. Då kan patienter involveras i sin egenvård och därmed bli stärkta i sin empowerment (Dellasega et al. 2012). Hela Orems egenvårdsteori handlar om att patienten ska kunna styra sin egenvård, mot sig själv och sina anhöriga. Om inte personalen känner att de har tid eller kunskap, kan de inte ge patienterna redskapen att kunna utföra egenvård, det vill säga kunskap om sin sjukdom och hjälp till ett ökat empowerment. Resultatet blir då vad Orem kallar för egenvårdsbrist; kapaciteten räcker inte till för att möta kraven (Orem, 1991). Ett annat hinder kan även vara då patienten är oförmögen att använda sin inneboende empowerment på grund av till exempel fysiska eller psykiska handikapp. Denna oförmåga påverkar patientens känsla av misslyckande och skapar ett inre vårdlidande. Detta inre lidande är kopplat till patientens liv och var i livscykeln hon/han befinner sig. Därigenom ser enligt Wiklund (2011) patienters livslidande olika ut. Sjuksköterskan behöver vara medveten om patientens behov av stöd och hjälp för att kunna sköta sin egenvård. Genom ömsesi-

dig respekt och förståelse för patientens inre vårdlidande kan patientens empowerment då tas till vara (Wiklund 2011).

SLUTSATS

Empowerment är fortfarande ett nytt och relativt obekant begrepp i dagens diabetesvård i Sverige. Kunskap om diabetes och egenvård är viktigt för en ökad empowerment, bättre välbefinnande och minskat lidande. Detta är något sjuksköterskor och läkare måste få förståelse för. Allt för ofta arbetar fortfarande vårdpersonal efter traditionellt mönster med styrande konsultationer. Personalen anger att tidsbrist är orsaken till detta. Då personcentrerad diabetesvård implementeras kan patienters empowerment gällande egenvård tas tillvara. Artiklar pekar på att det finns bra mätinstrument som visar påverkande faktorer gällande empowerment. Utvärdering av empowerment skedde både genom subjektiv bedömning av sjuksköterskor och patienter (Dellasega et al. 2012) samt genom utarbetade mätinstrument, som till exempel ”Diabetes Empowerment Scale” (Corser et al. 2007). Fördelarna med en subjektiv bedömning är att den kan bli mer nyanserad, vilket passar bättre i patientcentrerad vård, medan nackdelarna är att personliga åsikter kan vara svåra att mäta. Fördelarna med mätinstrument är de ger klara och tydliga resultat, vilka kan statistikföras. Nackdelarna är däremot att statistik inte tillåter några övriga personliga upplevelser. Studier visar även en länk mellan informationen som givits och till vilken grad patienterna följer ett vårdprogram för att uppnå gemensamma mål. Sjuksköterskor kan genom motiverande samtal och ett gott samarbete med patienter med diabetes mellitus typ 2 hjälpa dem med en förstärkning av deras empowerment.

REFERENSER

Aghili R., Khamseh M.E., Malek M., Baniakrimi A.S., Baradaran H.R. & Ebrahim Valojerdi A.(2013), *Develoment and validation of diabetes empowerment questionnaire in Iranian people with type 2 diabetes*. International nursing review 60, 267-273.

Bagnasco A., Di Giacomo P., Da Rin Dellamora R., Catania G., Turci C., Rocco G. & Saa L. (2013), *Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes: a quantitative systemic review protocol*. Journal of advanced nursing 00(00), 000-000. Doi: 10.1111/jan12178.

Björk Brämberg E, Dahlborg-Lyckhage E & Määttä S. (2012) *Lack of individualized perspective: A qualitative study of diabetes care for immigrants in Sweden*. Nursing and Health Sciences, 14, 244-249. Doi: .10.1111/j.1442-2018.2012.00684.x.

Cooper H.C., Booth K.& Gill G. (2003) *Patients´perspectives on diabetes health care education*. Health education research 18 (2), 191-206.

Corser W., Holmes-Rovner M., Lein C. & Gossain V. (2007) *A shared decision-making primary care intervention for type 2 diabetes*. The diabetes educator 33(700). Doi: 10.1177/0145721707304086.

Dammen Mosand R. & Stubberud D-G. (2011). *Omvårdnad vid diabetes mellitus*. I Almås H., Stubberud D-G. & Grønseth R. (red.) Klinisk omvårdnad 1. Liber, s.499-528.

Dellasega C, Añel-Tiangco RM, Gabbay RA, (2012), *How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing*. Diabetes research and clinical practice, 95(1) 37-41. Doi: 10.1016/j.diabres.2011.08.011.

Edsen J. L. & Nichols M.R. (2013) *Patient-centered group diabetes care. A practice innovation*. Nurse practice, 38(4), 42-48. Doi: 10.1097/01.NPR.0000427608.99141.04.

Elgán C. & Fridlund B. (2009). *Vuxet vardagsliv*. I Friberg F.& Öhlén J. red. Omvårdnadens grunder, Perspektiv och förhållningssätt (s 147-174). Kristianstad: Studentlitteratur;

Fossum B. (2007). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Lund; Studentlitteratur.

Friberg F.(2006). *Att utforma ett examensarbete*. I Friberg F.(Red.) Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (s. 71-82). Lund; Studentlitteratur

Friberg F.(2006). *Att göra en litteraturoversikt*. I Friberg F.(Red.) Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (s. 115-124). Lund; Studentlitteratur.

Grund J & Stomberg MW (2012) *Patients' expectations of the health advice conversation with the diabetes nurse practitioner*. Journal of primary care & community health, 3(4) 230-234. Doi: 10.1177/2150131911435263.

Gustafsson B. (2009). *Det oavsiktliga lärandet - om den dolda läroplanen i sjukvården*. I Hansson Scherman M. & Runesson U. (Red.). Den lärande patienten. Lund; Studentlitteratur. s. 115-169.

Hedelin B., Jormfeldt H. & Svedberg P. (2009). *Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet*. I Friberg F. & Öhlén J. (Red.). Omvårdnadens grunder, Perspektiv och förhållningssätt. Kristianstad: Studentlitteratur, s. 237-260.

Härnösands folkhögskola (u.å). *Sjukvårdstolkning - hälsa, ohälsa och sjukdom*. Hämtad 2013-09-12 från http://www.folkbildning.net/sjukvardstolkning/m1_8.htm

International Council of Nurses, (2007). *ICN.s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2013- 09-12 från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf

Jutterström L., Graneheim U., Isaksson U. & Hörnsten Å. (2012). *Ideal versus real conditions for type 2 diabetes care: diabetes specialty nurses' perspectives*. The internet journal of advanced nursing practice, 11(2).

Nationella Diabetesregistret (2012). *Årsrapport - 2012 års resultat*. https://www.ndr.nu/pdf/Arsrapport_NDR_2012.pdf

Nationella Diabetesteamet och Dagens Medicin (2012). *Världsdabetesdagen 2012*. Stockholm: Nationella Diabetesteamet och Dagens Medicin.

Olsson H. & Sörensen S.(2012). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber. s. 280.

Orem D. (1991) *Nursing, concept of practice*. St. Louis, Missouri: Mosby Year Book.

Raadu G.(sammanställare).(2011). *Hälso-och sjukvårdslag (1982:763, 2§)* I Författningshandbok. För personal inom hälso-och sjukvården. Stockholm: Liber.

Rehnsfeldt A. (1999). *Mötet med patienten i ett livsavgörande skeende*. Åbo: Åbo Akademis förlag.

Rodwell, C.(1996) *Analysis of the concept of empowerment*. Journal of Advanced Nursing, 23(2), 305-313.

Rooke L. (1990). *Omvårdnad och omvårdnadsteoretiska strukturer. Ett didaktiskt försök att på praktisk grund utveckla omvårdnad*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

Sigurdadottir AK, Benediktsson R & Jonsdottir H. (2009) *Instruments to tailor care of people with type 2 diabetes*. Journal of advanced nursing, 65(10): 2118-2130. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05040.x.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2013-09-25 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen (2009). *Diabetesvård*. Hämtad 2013-09-21 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/Utveckling%20Diabetesv%C3%A5rd.pdf>

Socialstyrelsen (2012). *Diabetes - Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Hämtad 2013-09-22 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18521/2012-1-1.pdf>

Stubbs M. (2007), *Empowerment in middle-aged people with diabetes: The importance of working relationships*. Journal of diabetes nursing 11 (5).

Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvården. (2013). *Diabetessjuksköterskans roll i diabetesvården - en tidsstudie*. Hämtad 2013-09-21 från <http://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Svensk-forening-for-sjukskoterskor-i-Diabetesvard/Riktlinjer-och-dokument/Diabetessjukskoterskans-roll-i-diabetesvarden---en-tidsstudie/>

Svensk Sjuksköterskeförening (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2013-10-17 från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf

Thors Adolfsson E., Smide B., Gregeby E., Fernström L. & Wikblad K. (2004). *Implementing empowerment group education in diabetes*. Patient Education and Counseling 53 (2004) s 319-324. Doi:10.1016/j.pec.2003.07.009.

Toschach Gustafsson I.(2009) *Patientcentrering och dess risker – några reflektioner*. I Hansson Scherman M. & Runesson U. (red.) Den lärande patienten. Lund; Studentlitteratur s 171-218.

Västra Götalandsregionen (2013) *1177.se* Hämtad 2013-09-26 från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Diabetes-typ-2/>

Wiklund L. (2011) *Lidande - en del av människans liv*. I Friberg F.& Öhlén J. red. Omvårdnadens grunder, Perspektiv och förhållningssätt (s 295-326). Kristianstad: Studentlitteratur

Wiklund Gustin L. & Lindwall L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Willman A, Stoltz P & Bahtsevani C (2011) *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur; s, 173-174.

Bilaga I

ARTIKELGRANSKNING

Artikel

Development and validation of diabetes empowerment questionnaire in Iranian people with type 2 diabetes.

Författare, publikationsdatum

Aghili R, Khamseh M.E, Malek M, Banikarimi A.S, Baradaran H. R & Ebrahim Valojerdi A
International Nursing Review, 2013, Iran

Syfte

Syftet var att utveckla ett hållbart och trovärdigt frågeformulär för att mäta graden av empowerment bland Iranska personer med diabetes mellitus typ 2

Metod/forskningsdesign

Artikeln gjordes efter en kvalitativ forskningsdesign.
Viktiga kategorier av empowerment identifierades av en expertpanel. Kategorierna innefattade aktiv egenvård, hanterande av personliga och sociala frågor, basal kunskap angående diabetesvård och kommunikation mellan patient och läkare.

Huvudsakligt resultat/slutsats

247 kvinnor och 131 män med diagnosen diabetes mellitus typ 2 fyllde i frågeformuläret. Resultatet visade att patienter med god metabolisk kontroll hade högre resultat gällande basal kunskap i diabetesvård medan den metaboliska kontrollen inte hade någon märkbar effekt på "aktiv egenvård" och hanterande av personliga och sociala frågor. Dock, patienter med högre utbildning fick bättre resultat gällande hanterande av personliga och sociala frågor medan utbildningsnivån inte hade någon märkbar påverkan på basal kunskap i diabetesvård eller aktiv egenvård. Personer som var utbildade i diabetesvård hade ett högre resultat i total empowerment.

Artikel

Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes: a quantitative systemic review protocol.

Författare, publikationsdatum

Bagnasco A, Di Giacomo P, Da Rin Della Mora R, Catania G., Turci C, Rocco G. & Sasso L. 4 maj 2013
Journal of advanced nursing 00(00), 000-000, Italien.

Syfte

Att besvara frågan: Påverkar personliga egenskaper effekten av undervisning om egenvård?

Metod/forskningsdesign

Kvantitativ, systematisk granskning för att identifiera och sammanföra faktorer som påverkar undervisning om egenvård. Godkänd och granskad av en etisk kommitté.

Bilaga I

Huvudsakligt resultat/slutsats

Undersökningen viktiga faktorer hittades för att påverka patienter med diabetes mellitus typ 2 att bli motiverade till egenvård. Dessutom kunde den systematiska undersökningen identifieras som lämplig modell att använda vid egenvård av sin kroniska sjukdom.

Artikel

Lack of individualized perspective: A qualitative study of diabetes care for immigrants in Sweden.

Författare, publiceringsdatum

Björk Brämberg E, Dahlborg-Lyckhage E. & Määttä S. 23 januari 2012 i Nursing and Health Sciences, 14, 244-249, Sverige.

Syfte

Att beskriva vården given av en diabetesspecialiserad sjuksköterska, och de uttryckta vårdbehoven hos personer med diabetes mellitus typ 2, vilka har invandrarbakgrund.

Metod/forskningsdesign

Kvalitativ, utforskande design. Studien genomfördes bara med tio respondenter, vilket är en liten grupp. Sjuksköterskan var bara en person, så det var inte någon möjlighet att jämföra hennes arbetssätt med någon kollega. Godkänd och granskad av en etisk kommitté.

Huvudsakligt resultat/slutsats

Studien är viktig, då den påvisar en maktobalans mellan patienterna med invandrarbakgrund och den diabetesspecialiserade sjuksköterskan, samt att det individuella perspektivet saknades i vårdmötet. Studien betonar att teknikcentrerad vård borde utvecklas till att även inkludera individuell vård.

Artikel

Patients' perspectives on diabetes health care education

Författare, publiceringsdatum

Cooper H.C, Booth K. & Gill G.
Health Education Research, 2003, United Kingdom

Syfte

Att belysa patientens perspektiv på utbildningen i diabetesvård.

Metod/forskningsdesign

Randomiserad utforskande test. 48 patienter med diabetes mellitus typ 2.

Huvudsakligt resultat/slutsats

Fastän patienter kan undervisas mot större självständighet är inte alla vård-givare redo att arbeta i partnerskap med dem. Förutom kunskap i diabetes-vård behöver vård-personal bättre förståelse för empowerment hos patienter.

Bilaga I

Artikel

A shared decision-making primary care intervention for type 2 diabetes.

Författare, publikationsdatum

Corser W, Holmes-Rovner M, Lein C. & Gossain V. 7 augusti 2007
The Diabetes Educator 33 (700), USA.

Syfte

Att prova genomförbarheten att bestämma gemensamma kortsiktiga mål, utprovad bland patienter med diabetes mellitus typ 2.

Metod/forskningsdesign

Pilotstudie, kvalitativ utforskande design. 58 deltagare fick samtala med både sjuksköterskor och läkare. Godkänd och granskad av en etisk kommitté.

Huvudsakligt resultat/slutsats

Genom hjälp av diabetesspecialiserade sjuksköterskor, arbetsböcker och andra hjälpmedel, kunde patienterna identifiera egenvårdsmål. De uppnådde alla bättre egenvårdsresultat med delat beslutstagande gällande egenvård, vilket uppmuntrar till att motivera större randomiserade undersökningar i ämnet.

Artikel

How patients with type 2 diabetes mellitus respond to motivational interviewing.

Författare, publikationsdatum

Dellasega C, Añel-Tiangco RM. & Gabbay RA. 1 januari 2012
Diabetes research and clinical practice, 95(1) 37-41, USA.

Syfte

Att avgöra hur patienter med diabetes mellitus typ 2 upplever motiverande samtal, som syftar till att uppmuntra beteendeförändring i positiv riktning.

Metod/forskningsdesign

Kvalitativ studie med fyra fokusgrupper av patienter med diabetes mellitus typ 2, med samma ledare. Deltagarna var 19 stycken, med god fördelning av etnicitet och genus. En svaghet i studien var att medelåldern var något hög (62,1 år), vilket inte ger tillräcklig kunskap från övriga åldersgrupper. Godkänd och granskad av en etisk kommitté.

Huvudsakligt resultat/slutsats

Studien genomfördes för att se om motiverande samtal kunde användas som metod i att ge patienter med diabetes mellitus typ 2 mer empowerment i sin egenvård. Tvärs igenom de fyra fokusgrupperna drogs fem teman, för att sammanfatta hur patienterna upplevde motiverande samtal. Slutsatserna var att de upplevde motiverande samtal som patientcentrerat och som stärkande av deras inre kraft (empowering), jämfört med traditionell vård. Studien upplevs viktig i debatten om förändringar i patienters hälsa och livskvalitet gällande empowerment i egenvård av diabetes mellitus typ 2.

Bilaga I

Artikel

Ideal versus real conditions for type 2 diabetes care: Diabetes specialty nurses' perspective.

Författare, publikationsdatum

Jutterström L, Graneheim U, Isaksson U & Hörnsten Å.

The Internet Journal of Advanced Nursing Practice, 2012, Sverige

Syfte

Syftet var att beskriva förutsättningarna för god vård vid diabetes mellitus typ 2 så som det är uppfattat av sjuksköterskor med kompetens inom diabetesvård.

Metod/forskningsdesign

En kvalitativ, deskriptiv studie genomfördes då 19 kvinnor och två män från 17 medelstora vårdcentraler i norra Sverige deltog. De var alla legitimerade sjuksköterskor och hade en kvalificerad utbildning inom diabetesvård. Alla hade jobbat 15-41 år som sjuksköterskor och inom diabetesvården mellan två och nitton år.

Studien var godkänd av den regionala etiska granskningsnämnden. Deltagarna var informerade om studien och att det deltagandet var frivilligt. De kunde avbryta intervjun när de ville och utan att behöva ange någon anledning. De var dessutom garanterade anonymitet.

Huvudsakligt resultat/slutsats

Resultatet visade på en motsättning mellan ideala och verkliga förhållanden vid diabetesvården. Fyra kategorier kom fram: diabetesvård byggt på empowerment kontra styrning, hanterande av diabetes grundat på genomgripande respektive biomedicinskt synsätt, diabetesorganisationen uppbyggd för att vara sjuksköterskeledd gentemot läkarledd samt tillvägagångssättet vid diabetes byggt på kvalitet jämfört med kvantitet.

Artikel

Instruments to tailor care of people with type 2 diabetes

Författare, publikationsdatum

Sigurdardottir A.K, Benediktsson R & Jonsdottir H.

Journal of Advanced Nursing, 27 mars, 2009, Island.

Syfte

Studien är en rapport genomförd för att bedöma effektiviteten av en utbildning för personer med diabetes mellitus typ 2 baserat på eget ifyllt dokument för att identifiera särskilda områden av egenvårdsbehov.

Metod/forskningsdesign

Deltagare var slumpvis invalda i antingen en studiegrupp eller en kontrollgrupp. Båda grupperna svarade på fem giltiga dokument tre gånger; vid start, efter tre respektive 6 månader. Studien var baserat på empowerment. Det var 25 deltagare i varje grupp, vilka kom från fem olika diabeteskliniker. Kriterier för att delta var: diabetes mellitus typ 2, att de använde oral medicin eller insulin, hade haft diabetes mer än ett år, var födda 1930 eller senare och hade en HbA1c nivå på 7,5 % inom sex

Bilaga I

veckor från studiestart. Studien var godkänd av rätta etiska kommittéer. Under-
tecknade medgivande var erhållet från varje deltagare.

Huvudsakligt resultat/slutsats

Det hittades ingen märkbar skillnad mellan grupperna gällande empowerment, välbefinnande och stress. Det fanns dock en märkbar skillnad mellan grupperna i kunskap efter studiens avslut. Slutsatsen är att användandet av mätinstrument för att få reda på egenvårdsbehoven kan underlätta för "skraddarsydd" patientvård då det gör att fokus kan ligga på ämnen som är utmanande och av vikt för varje patient. Det visade sig även vara möjligt att använda telefonkontakt för att genomföra ett stärkande utbildningstillfälle efter första mötet.

Artikel

Empowerment in middle-aged people with diabetes; the importance of working relationship

Författare, publikationsdatum

Stubbs M.

Journal of Diabetes Nursing, 2007, United Kingdom

Syfte

Syftet var att undersöka attityderna hos människor angående nödvändiga livsstilsförändringar efter diagnosen diabetes mellitus typ 2. Syftet var även att undersöka vilken påverkan diabetes mellitus typ 2 hade på människor och hur de ställde sig till frågan om kontroll, och att förstå vilken typ av vård de vill ha och vad som hjälper dem att öka sin empowerment i att hantera sin sjukdom.

Metod/forskningsdesign

Innan studien startade söktes och gavs etiskt godkännande av en lokal etisk kommitté. Kvalitativa intervjuer genomfördes för studien. Högt strukturerat frågeformulär antogs underlätta friheten att uttala sig.

Huvudsakligt resultat/slutsats

21 personer i åldern 40-65 år som hade fått sin diagnos inom 10 år intervjuades. Medelåldern var 57,5 år och medeltidslängden sen diagnos var 3,5 år. 33 procent var kvinnor. Resultatet visar att patienters möjlighet för ett ökad empowerment i sin diabetesvård förbättras av deras förhållande till vårdpersonalen. Ett annat resultat visade en länk mellan informationen som givits och till vilken grad patienterna följer ett vårdprogram.

Artikel

Implementing empowerment group education in diabetes.

Författare, publikationsdatum

Thors Adolfsson E, Smide B., Gregeby E, Fernström L. & Wikblad K. 6 juli 2003
Patient Education and Counseling 53 (2004) s 319-324, Sverige.

Syfte

Att få insikt i och att förstå hur läkare och sjuksköterskor ser på införandet av gruppundervisning med empowerment för patienter med diabetes mellitus typ 2.

Metod/forskningsdesign

Kvalitativ undersökning. 5 läkare och 11 sjuksköterskor deltog i studien om gruppundervisning för att stärka empowerment i egenvård. 2 patientgrupper fick undervisning vid ett tillfälle. 3-9 månader senare fick de återkomma i fokusgrupper för att utvärdera empowermentundervisningen genom bandade intervjuer. Godkänd och granskad av en etisk kommitté.

Huvudsakligt resultat/slutsats

Vårdpersonalen var ovana vid att arbeta för att stärka patienternas empowerment i sin egenvård. De hade svårt med sina nya roller. Däremot var de vana vid individuell rådgivning, där de gav råd och rekommendationer. Läkare och sjuksköterskor föll tillbaka till denna traditionella vård, vilket även patienterna vände sig vid. Orsaken vårdpersonalen uppgav var tung arbetsbelastning, vilket inte medgav tillräckligt med tid att förbereda den empowermentinriktade patientundervisningen. Författarna uppger att undersökningen visade på konflikter i vårdpersonalens nya roller att inte längre vara experten, utan istället vara den som underlättade patienternas egenvård.
